



Número: **0800535-67.2020.8.15.0561**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Coremas**

Última distribuição : **20/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Indenização por Dano Moral, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EMANOEL CAVALCANTI LEITE (AUTOR)		YURE PEREIRA GOMES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36111 215	30/10/2020 10:54	2760754_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: EMANOEL CAVALCANTI LEITE

Nº Sinistro: 3180061044

Vítima: EMANOEL CAVALCANTI LEITE

Data do Acidente: 27/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180061044**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00405/00406 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12353417



Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: EMANOEL CAVALCANTI LEITE

Nº Sinistro: 3180061044

Vítima: EMANOEL CAVALCANTI LEITE

Data do Acidente: 27/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180061044**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

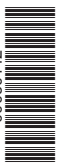
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12353620

Pag. 00283/00284 - carta_01 - INVALIDEZ

00030142



Rio de Janeiro, 01 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **EMANOEL CAVALCANTI LEITE**

Nº Sinistro: **3180061044**

Vítima: **EMANOEL CAVALCANTI LEITE**

Data do Acidente: **27/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180061044**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo infor.
incorretas

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00813/00814 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12447956



Rio de Janeiro, 26 de Março de 2018

Aos Cuidados de: EMANOEL CAVALCANTI LEITE

Sinistro: 3180061044

Vítima: EMANOEL CAVALCANTI LEITE

Data do Acidente: 27/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180061044** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00001/00002 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12568465



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Carta nº: 12701517

A/C: EMANOEL CAVALCANTI LEITE

Nº Sinistro: 3180061044
Vitima: EMANOEL CAVALCANTI LEITE
Data do Acidente: 27/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: EMANOEL CAVALCANTI LEITE

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000002001-X

Conta: 0000023411-7

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01855/01856 - carta_15R - INVALIDEZ

00030928





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

139.401.984-09

Nome completo da vítima

Emmanuel Casalcanta Leite

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Emmanuel Casalcanta Leite		CPF titular da conta 139.401.984-09	Profissão Sempregoado
Endereço São Luiz de Terceira		Número 37 N	Complemento
Bairro Residência - Centro	Cidade Corumbá	Estado Paraná	CEP 58770-000
Email		Telefone (DDD) 13319980-2050	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECLUSO INFORMAR	☒ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome Banco do Brasil NRO 2001	
AGÊNCIA NRO. [] (Informar dígito se existir)	DV []	CONTA NRO. [] (Informar dígito se existir)	DV []
AGÊNCIA NRO. 2001 (Informar dígito se existir)	DV X	CONTA NRO. 23411 (Informar dígito se existir)	DV 7

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Porto Alegre, 25 de Janeiro de 2018

Local e Data

Emmanuel Casalcanta Leite

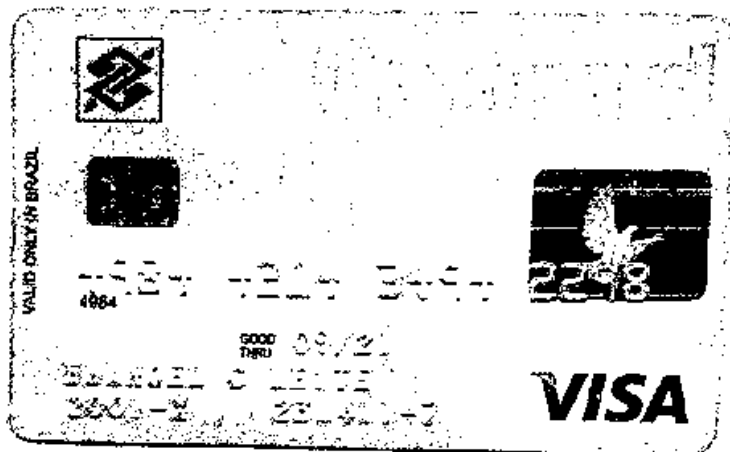
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAP/FF-001 V001/2017

Scanned by CamScanner





29 JAN 2018

Scanned by CamScanner



**Lauda de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180061044
Nome do(a) Examinado(a): Emanuel Cavalcanti Leite
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Cruz da Tereza, S/N Residência
Centro Coremas PB CEP: 58770-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 363413
Data local do acidente: [27/09/2017]
Data local do exame: [11/04/2018] Patos [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA MÚLTIPLA DO ÚMERO DIREITO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 27/09/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA MÚLTIPLA DO ÚMERO DIREITO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA DO ÚMERO COM 2 PLACAS 4.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS NO DIA 05/10/2017, RECEBEU ALTA HOSPITALAR APOS UM PERÍODO DE 48 HORAS COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO TIPOIA EM HEMI J POR UM PERÍODO DE 60 DIAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.
Complicações: PACIENTE APRESENTA DOR CRÔNICA DURANTE A MOBILIZAÇÃO DO OMBRO DIREITO
Data da Alta: 07/10/2017
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
APRESENTA ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DO BRAÇO DIREITO EM 1,5 CM, DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORA GRAU II DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO OMBRO EM 25°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 25° E DA ROTAÇÃO INTERNA EM 15°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO COTOVELO DIREITO GRAU I, DOR CRÔNICA DURANTE A MOBILIZAÇÃO DO OMBRO DIREITO.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DO BRAÇO DIREITO EM 1,5 CM
DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORA GRAU II
DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO OMBRO EM 25°
DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 25°
DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 15°
DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO COTOVELO DIREITO GRAU I
- Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
MEMBRO SUPERIOR - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 518/2017 (ADITAMENTO DE BO)
Natureza da ocorrência: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO
Data do fato: 27.09.2017 - HORA: 16:30
Data e hora da comunicação na Delegacia: 24/10/2017, às 10:16h
Sob a responsabilidade da Del. Pol. José Pereira de Souza

Notificante: EMANOEL CAVALCANTI LEITE, RG 363413 SSP/PB, *****,
brasileiro, casado, motorista, natural de Coremas/PB, nascido em
30.08.55, filho (a) de Manoel Cavalcanti da Silva e de Palmira
Leite Cavalcanti, residente no Sítio Cruz da Tereza Coremas/PB,
Referência: " " - Tel.: (83) 9.9972-4319.

Vítima: O (A) notificante, alcunha "****", Nacionalidade:
brasileira, naturalidade: /PB, idade:

nascida aos, cor/raça: ***, Estado Civil: , Profissão:
Escolaridade: ***, documento: RG referência:

HISTÓRICO DO FATO

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades
cominadas ao art. 299 do CPB, declarou o seguinte: na data e
horário acima, o noticiante conduzia a motocicleta HONDA NXR 160
BROS ESDD, ano/modelo 2017, placa OFF 8522, cor vermelha,
chassi 9C2KD081CHR422428, licenciada em nome de MARIA LEIDIJANE
DE S GARRIDO DE ANDRADE, pelo bairro Cabo Branco, Coremas/PB,
próximo a oficina de Zé Nilton Pintor, quando uma caminhonete de
marca D20, de cor branca ao sair do interior de uma oficina
invadindo a rodovia atingiu com a carroceria o noticiante, que
foi socorrido pelo proprietário da caminhonete para o hospital
local, que devido ao acidente, fraturou o braço e ombro direito,
conforme laudo em anexo. Nada mais a consignar.

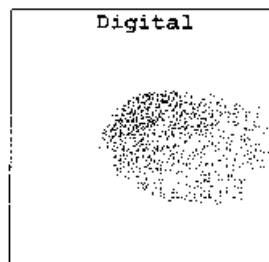
BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Notificante

Digital

Policial Responsável pelo Registro
Matrícula: 168.557-1



29 JAN 2018

Scanned by CamScanner





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal"):

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

139.701.954-01

Data do Acidente

29/09/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

E-mail

Declaração de inexistência



CPF do Representante Legal

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Patos-PB 25 de Janeiro de 2018

Local e Data

X *Suelio Moreira Torres*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI-001 V001/2017

29 JAN 2018

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 10:54:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103010540719600000034481471>

Número do documento: 20103010540719600000034481471



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>EMERSON CAVALCANTE</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia: <u>05/12/2019</u>	Ent.	Leito
Cirurgião: <u>Dr. FABIANO SAE</u>	1º Auxiliar: <u>Dr. WILSON</u>	
Anestesiista: <u>Dr. JONATHAN</u>	Tipo de Anestesia: <u>PROFUNDAS PARA PERITONEAL</u>	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>FRATURA UMBILICAR PROXIMAL DEFEITO</u>		
Tipo de Cirurgia: <u>OSTEOSTOMIA UMBILICAR PROXIMAL DEFEITO</u>		
Diagnóstico Pós Operatório: <u>BOM</u>		
Relatório Imediato do Patologista: <u>NÃO</u>		Comprovação de ato oficial
Exame Radiológico no Ato: <u>NÃO</u>		
Acidente Durante a Cirurgia: <u>NÃO</u>		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Viscerais
1. PACIENTE EM POSIÇÃO PRONA PARA A CIRURGIA
2. ASSEIO E ANESTESIA
3. LAVAGEM GERAL DO ABDOMEN
4. VIA DE ACESSO SUPERIOR AO UMBILICO
5. REDUÇÃO CONJUNTA E OSTEOPLASTIA UMBILICAR PROXIMAL DEFEITO COM PLACA T 4.5 – O PLACAMENTO CONJUNTO DE 5.5
6. GASTROSTOMIA G.S
7. SUTURA DA FRATURA COM 3.0
8. SUTURA DA PAREDE

Dr. Fabiano Sae
Cirurgião Geral
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

29 JAN 2018

Scanned by CamScanner



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	17/04/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	4.725,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EMANOEL CAVALCANTI LEITE

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02001-X

CONTA: 000000023411-7

Nr. da Autenticação 0F077D8E15CCACB1



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria Leidi Jane de Sousa Garrido de Andrade,

RG nº 2559086, data de expedição 21/05/2015

Órgão SSDPB, portador do CPF nº 055.363.854-88 com domicílio na cidade de Coremas, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua: Manoel Cavalcante, nº 282,

complemento Apartamento, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Emanuel Cavalcante Leite, cujo o condutor era

Emanuel Cavalcante Leite.

Veículo: Moto Honda Bros

Modelo: Honda Bros NXR 160

Ano: 2017

Placa: 07FJS 22 PB

Chassi: 9C2KA0810HR422428

Data do Acidente: 27/09/2017

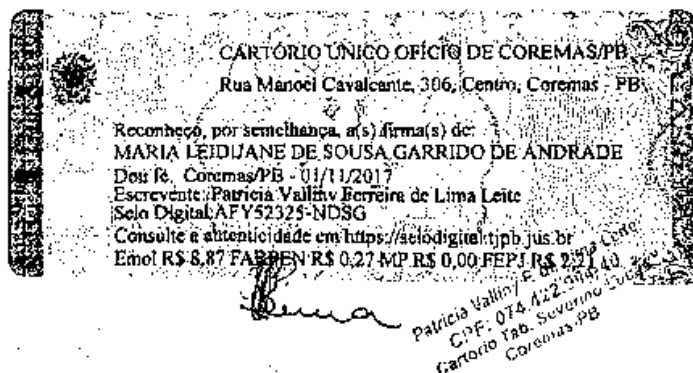
Local e Data: 1601-PB 25/01/2018

Declaração do proprietário



Maria Leidi Jane de S. G. de Andrade
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



29 JAN 2018

Scanned by CamScanner





ESTADO DA PARAÍBA
Hospital e Maternidade "ESTEVAM MARINHO"
SECRETARIA DA SAÚDE

Para: Emanuel C. Leite, 62 anos,
Dr. Marcelo
Do. H. R. P.

(Intopodista)

Encaminhar o paciente
abaixo do acidente
(colisão moto - carro)
na 1^a LV, apresentando
lesões em membros
apresentando lesões
em MSD.

Do Rx: Fratura transverse
completa acometendo 1/3
proximal e osso anatomico
de mesa direita, associada
a desalinhamento.

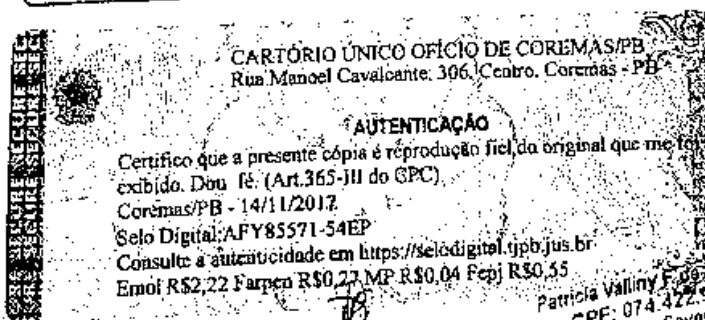
Solicito requisição e
conduta

Coremas-PB, 27/09/17 11:00

FUMAR FAZ MAL À SAÚDE

"PEDIMOS AOS MÉDICOS QUE MELHOREM SUA LETRA"

Documentação médico - h



CARTÓRIO ÚNICO OFÍCIO DE COREMAS/PB
Rua Manoel Cavalcante, 306, Centro, Coremas - PB

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi
exibido. Dou fé. (Art. 365-III do CPC).

Coremas/PB - 14/11/2017

Selo Digital: AFY85571-54EP

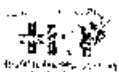
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol R\$2,22 Farpes R\$0,22 MP R\$0,04 Fepj R\$0,55

Patricia Valliny F. de Lima Leite
CPF: 074.422.944-40
Cartório Tab. Severino Lucas
Coremas-PB

Scanned by CamScanner





HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
RUA HORACIO NOBREGA, S/N
PATOS PARAIBA (83)3423-2741

Prioridade: 101198

Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Data/Hora 27/9/2017 20:02:39

Servidor do Dr.:

Paciente EMANOEL CAVALCANTE LEITE

Idade: 62 Sexo M

Titulação
Pai: MANOEL CAVALCANTE DA SILVA
Mãe: PALMEIRA LEITE CAVALCANTE

Endereço
Cidade: COREMAS - PB - 58770-000 - 2504801
Endereço: CRUZ DA TEREZA
Bairro: CABO BRANCO
Naturalidade: COREMAS - PB
Telefone: (83)99888-8941

Documentos
CNS: 700-4044-4114-7644
Identidade: 363413
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações adicionais
Nascimento: 30/8/1955
Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO(A)
Profissão: MOTORISTA

Responsável: *Emmanoel Manoel Cavalcante Leite*

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico: *Fratura de humero Es*

Motivo da Alta:

Resultado: () Salu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em, _____

Recepção/leia: ELMA

Dr. Ailton Soares de Lacerda
Tramado - Origem e -
Cópia 000011201713

Scanned by CamScanner





GOVERNO DA PARAÍBA
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"

Autorego o paciente
a ultrajon Travessa
como apoio para
prontidão de atendimento

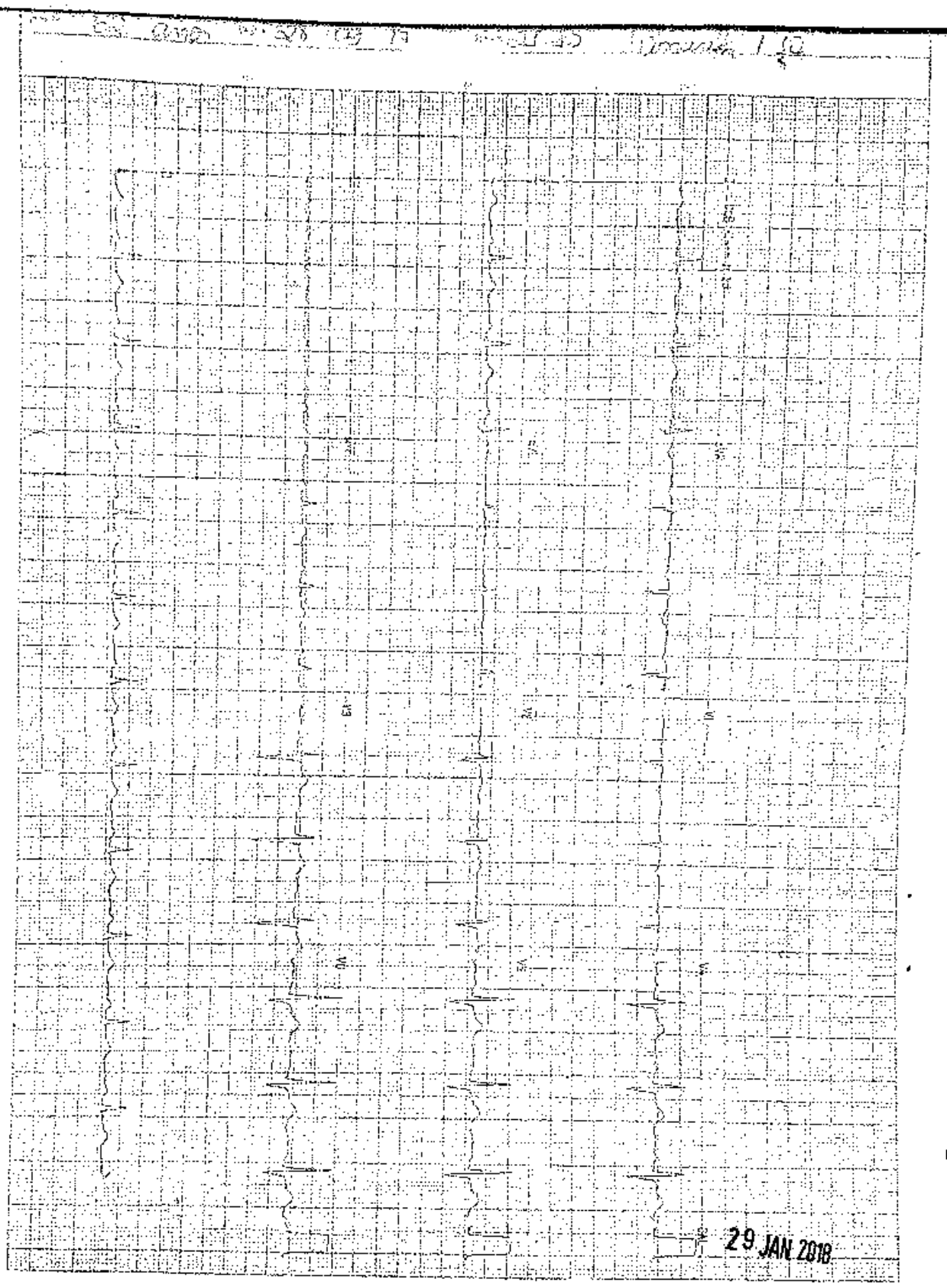
Dr. Leonardo Monteiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 13.011

Rua Horácio Nobrega, S/N - Belo Horizonte
Tel.: (83) 3423-2741 - Patos - PB.

29 JAN 2018

Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

FOLHA DE ANESTESIA		Hospital: HMP		Enfermidade		Leito		Nº Prontuário	
Nome: Everson Cavalcante Leite		Idade: 62		Sexo: M		Cor:			
Data: 03/10/2018		Peso: 80		Temperatura: 36		Pulso:		A. Lupa	
Tensão Arterial: 140/80		Frequência Cardíaca: 98%		Glicemia:		Ureia:		Outros:	
Hemácias:		Hemoglobina:		Hematócrito:		Hemoglobina:		Outros:	
Unidade:									
2. Prevalências		NDA		Asma		Brônquitos			
3. Exatidão		NDA		Eletrorcardiograma					
4. Infecções		Agua 2.24		Dentes		Pecado		Ap. Glândula	
5. Estado Geral		consciente		Alterações		Circulação		Alergia	
6. Diagnóstico Pré-Operatório		Fred. unius @		Estado Físico		Risco		B. S. I. A. 2	
7. Anestésicos									
8. Medicamentos		Anestésico		Efeito					
9. Anestesia		02							
10. Anestesia		38		500 - 500 -					
11. Anestesia		38		38 38 38					
12. Anestesia		260							
13. Anestesia		240							
14. Anestesia		220							
15. Anestesia		200							
16. Anestesia		180							
17. Anestesia		160							
18. Anestesia		140							
19. Anestesia		120							
20. Anestesia		100							
21. Anestesia		80							
22. Anestesia		60							
23. Anestesia		40							
24. Anestesia		20							
25. Anestesia									
26. Anestesia									
27. Anestesia									
28. Anestesia									
29. Anestesia									
30. Anestesia									
31. Anestesia									
32. Anestesia									
33. Anestesia									
34. Anestesia									
35. Anestesia									
36. Anestesia									
37. Anestesia									
38. Anestesia									
39. Anestesia									
40. Anestesia									
41. Anestesia									
42. Anestesia									
43. Anestesia									
44. Anestesia									
45. Anestesia									
46. Anestesia									
47. Anestesia									
48. Anestesia									
49. Anestesia									
50. Anestesia									
51. Anestesia									
52. Anestesia									
53. Anestesia									
54. Anestesia									
55. Anestesia									
56. Anestesia									
57. Anestesia									
58. Anestesia									
59. Anestesia									
60. Anestesia									
61. Anestesia									
62. Anestesia									
63. Anestesia									
64. Anestesia									
65. Anestesia									
66. Anestesia									
67. Anestesia									
68. Anestesia									
69. Anestesia									
70. Anestesia									
71. Anestesia									
72. Anestesia									
73. Anestesia									
74. Anestesia									
75. Anestesia									
76. Anestesia									
77. Anestesia									
78. Anestesia									
79. Anestesia									
80. Anestesia									
81. Anestesia									
82. Anestesia									
83. Anestesia									
84. Anestesia									
85. Anestesia									
86. Anestesia									
87. Anestesia									
88. Anestesia									
89. Anestesia									
90. Anestesia									
91. Anestesia									
92. Anestesia									
93. Anestesia									
94. Anestesia									
95. Anestesia									
96. Anestesia									
97. Anestesia									
98. Anestesia									
99. Anestesia									
100. Anestesia									

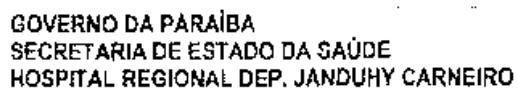
NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL						
PACIENTE: <u>Emmanuel Cavalcante Leite</u>						
62	05	505	62 anos	130196	GOVERNO DO PARANÁ SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEPT. JANDIRY CARNEIRO	
CIRURGIÃO: <u>Dr. Carlos José de Azevedo</u>		CIRURGIÃO: <u>Dr. Fábio SPO</u>				
ANESTESIA: <u>Dr. Jandiry Carneiro</u>		ANESTESIA: <u>Dr. Jandiry Carneiro</u>				
ANESTESIA: <u>Dr. Jandiry Carneiro</u>		ANESTESIA: <u>Dr. Jandiry Carneiro</u>				
DATA: <u>05-09-17</u>		HORA: <u>15:45h</u>				

MATERIAL			
QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
1	TX. de Instrumentador	1	Equipo pl. giro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. pl. Procedimentos - I
1	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. do Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
1	TX. Sala		Seringa 5 ml
1	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	1	Seringa 20 ml
1	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrôdos desc.
	Neocain		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembital		Atadura Gessada 10cm
	Quelidín		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,06mg		Dreno Penroso
1	Xilestresin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Torax
1	Xilocaína a 2%		Esparadrapo
1	Etodimidate		Xilocaína Gel
	Ketalar	1	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	1	PVP Tintura
	Dimorf	1	Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Nar...n		Algodão Ortopédico
	Forans		Cidex
	Sufenta		Vaselina Esteril
	Diazepam		Agulha descartável
1	Água destilada 10ml		Pastilha do Formol
	Prostigmina		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Gefafotina 19g <u>cel. 70ml</u>		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plexil <u>Amidol</u>		Cat-gut simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
1	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 pl. amigdalectomia
	Agulha de Ranço-Descartável <u>Simplex</u>		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 c/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 c/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 c/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		

29 JAN 2018

Scanned by CamScanner

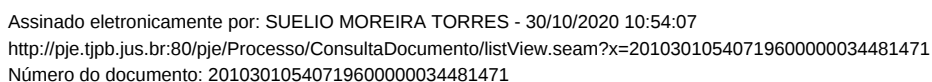


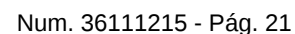


LEITO: _____
REG.: _____

29 JAN 2018

Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner



SISTEMA
ÚNICO
DE SAÚDE

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
REQUISIÇÃO DE EXAMES (BPA-C / BPA-I)

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS)

NOME: HOSPITAL E MATERNIDADE "ESTEVAM MARINHO"

CÓDIGO DA UNIDADE: 000.312-3

CNPJ: 08.778.268/0021-04

END: RUA JOÃO FERNANDES LIMA

BAIRRO: POMBALZINHO

MUNICÍPIO: COREMAS

ESTADO: PARAÍBA

UF: 25

CEP: 58.770-000

PACIENTE

NOME:

Emmanuel C. Freite

IDADE:

62

PROFISSÃO:

Aux. de documentação

DOCUMENTO:

Rg: 363413

END:

Rua da Jereza

BAIRRO:

MUNICÍPIO:

Coremas

ESTADO:

PB

CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO:

2504801

CNS:

2592363

DATA DE NASCIMENTO:

30.09.55

DATA DO ATENDIMENTO:

27.09.17

CARÁTER DO ATENDIMENTO:

02

RACIA/COR:

SEXO:

M.

DADOS CLÍNICOS

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

Rx de tórax

0 1 0 4 0 3 0 1 7 0

CID - 10:

PROFISSIONAL

CEO

CNS

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL

ASSINATURA DO PACIENTE

OU PEGUEIRO DIREITO

ASSINATURA DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASSINATURA DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO

Scanned by CamScanner





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE ESTEVAM
MARINHO _ COREMAS _ PARAÍBA
CNPJ: 08.778.268/0021-04

Paciente: Emanuel Cavalcanti Lopes
Idade: 62 anos
Data do exame: 27/09/17

RADIOGRAFIA DO TÓRAX EM PA

Fratura complexa transversa completa acometendo o terço proximal, bem como o colo anatômico do úmero direito, associado a desalinhamento e cavalgamento de sua extremidades, além de fragmentos ósseos cominutivos em partes moles.


Dra. Pâmela Garrido Cavalcanti
Médica Radiologista
CRM/PB 6893

29 JAN 2018

Scanned by CamScanner





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>Emanuel Lavalante</u>	
DA CLÍNICA <u>Ortopedia</u>	ENFERMARIA <u>Amarela</u>
A CLÍNICA <u>Ortopedia</u>	LEITO <u>10</u>
MOTIVO DA CONSULTA: (ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
<u>Risco cirúrgico!</u>	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE
PARECER: <u>Paciente sem fixação Cardíaca</u> <u>Neop Comorbididade PA = 130 x 80 mmHg</u> <u>ECG = Normal</u> <u>Risco Cirúrgico = Baixo Risco</u>	
<u>29/04/17</u> DATA	<u>Walter M. de Franco</u> Médico Especialista CRM 4890 ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

29 JAN 2018

Scanned by CamScanner



documentos de identificac.



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

ANTERIOR E LIG.

VALIDA EM TODOS
O TERRITORIO NACIONAL

744778210

02861284760

22/08/2018

20/10/1975

BRASIL

25/04/2015

72138606314

72138606314

DETRAN-PE (PARAIBA)

25 JAN 2018

Scanned by CamScanner



Número do documento: 20103010540719600000034481471

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180061044 **Cidade:** Coremas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMANOEL CAVALCANTI LEITE **Data do acidente:** 27/09/2017 **Seguradora:** CAIXA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA MÚLTIPLA DO ÚMERO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DO BRAÇO DIREITO EM 1,5 CM, DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORA GRAU II DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO OMBRO EM 25°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 25° E DA ROTAÇÃO INTERNA EM 15°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO COTOVELO DIREITO GRAU I, DOR CRÔNICA DURANTE A MOBILIZAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 27/09/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA MÚLTIPLA DO ÚMERO DIREITO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA DO ÚMERO COM 2 PLACAS 4.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS NO DIA 05/10/2017, RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS UM PERÍODO DE 48 HORAS COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO TIPOIA EM HEMI J POR UM PERÍODO DE 60 DIAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.
PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA MODERADA EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO
COMPLICAÇÕES: PACIENTE APRESENTA DOR CRÔNICA DURANTE A MOBILIZAÇÃO DO OMBRO DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO MSD.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/04/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2.559.086 - 2ª VIA
DATA DE EXPEDIÇÃO	21/05/2015
NOME	MARIA LEIDIANE DE SOUSA GARRIDO DE ANDRADE
FILIAÇÃO	TIBURTINO JOSÉ DE SOUSA MARIA DE LOURDES DE SOUSA
NATURALIDADE	COREMAS-PB
DATA DE NASCIMENTO	10/02/1982
DDO ORIGEM	CERT. CAS. Nº 533 - LIV. B-AUX-2 - FLS. 533 - CARTÓRIO COREMAS-PB
CPF	055.363.854-88
Assinatura: <i>[Assinatura]</i>	
LEI Nº 7.167 DE 28/06/05	

OUTROS



29 JAN 2018

Scanned by CamScanner

